

¡Bienvenido al Food Bank of Northern Nevada! Con el fin de asistirle mejor a usted y a su familia le pedimos que se tome unos minutos para llenar este breve formulario. Sus respuestas **DE NINGUNA MANERA afectarán el que reciba comida hoy o en el futuro.** Hacemos estas preguntas con el fin de conocerle y tener un mejor entendimiento de cómo podemos atender las necesidades de nuestra comunidad. Si tiene alguna pregunta o duda, por favor no dude en preguntarle a cualquier empleado del o voluntario del banco de comida. *¡Muchas Gracias y que tenga un estupendo día!*

Nombre: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: Masculino/Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_

	Aptó #	Ciudad	Estado	Código Postal
<b>Etnicidad (Favor de marcar una)</b>	_____ Hispano o Latino	_____ No Hispano o Latino		

<b>Raza (marque todo lo que sea aplicable)</b>	_____ Blanco	_____ Indio americano o nativo de Alaska
	_____ Asiático	_____ Negro o Africano Americano
	_____ Nativo de Hawái o Islas del Pacifico	

**Favor de anotar los nombres, cumpleaños, géneros, etnicidad y raza de todas las personas que viven en el hogar:**

Nombre completo de los miembros en su hogar- <b>No se incluya.</b>	Fecha de nacimiento	Género	Hispano (Si/No)?	Raza

1. ¿Cuál es el ingreso TOTAL de su hogar? (Incluya el ingreso de TODOS los miembros en el hogar y todo tipo de ingreso: salarios, beneficios del seguro social, discapacidad, etc.): \$ \_\_\_\_\_ por mes.
2. ¿Durante los últimos 12 meses le ha preocupado que se le acaben los alimentos antes de tener dinero para comprar más?  Sí  No
3. ¿Durante los últimos 12 meses los alimentos que compro no le alcanzaron y no tuvo dinero para comprar más?  Sí  No
4. ¿Alguna vez ha aplicado usted o su familia para los beneficios de SNAP (estampillas para comida)?  Sí  No
5. ¿Si han aplicado para estampillas, actualmente están recibiendo estos beneficios?  Sí  No
6. ¿Es usted o cualquier persona en el hogar un miembro de las fuerzas militares o veterano militar?  Sí  No
7. ¿Actualmente tiene usted o cualquier miembro de su hogar cobertura médica?  Si, toda la familia  No  Solo yo  Solo los niños  Solo mi esposo/a  Otro miembro del hogar
8. ¿Qué tipo de cobertura médica tienen los miembros del hogar? (**Marque todo lo que aplique**)  Seguro privado  Medicare/Medicaid  Discapacidad  Beneficios de Veterano  Servicios para Indios Nativos
9. ¿Usted o algún miembro en su hogar reciben cualquier asistencia para comida enlistados aquí abajo? (**Todo lo que aplique**)  Programas de nutrición para personas mayores  Otras despensas  Cocina de Beneficencia  Desayuno/Almuerzo de Escuela  Programa Alimenticio de Verano para niños  WIC (Mujeres, Infantiles & niños)  Artículos alimentarios tribales
10. ¿Cómo ha impactado COVID-19 su necesidad de alimentos?  Nada  Algo  Mucho

*“Entiendo que la información básica que me identifica y las transacciones de servicios no confidenciales serán compartidos en un sistema de datos que es administrado por Food Bank of Northern Nevada llamado “Oasis Insight.”*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha